STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 36865
15 juli
2016

Nadere regel Verpleging en verzorging

Vastgesteld op 28 juni 2016
REGELING NR/REG-1709

Gelet op artikel 35, 36, 37, 38 en 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende nadere regel vastgesteld: nadere regel Verpleging en verzorging.

1. Reikwijdte

Deze nadere regel is van toepassing op zorgaanbieders die verpleging en verzorging als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet leveren, niet zijnde de verpleging zoals bedoeld in 'Beleidsregel Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'.

2. Doel

Het doel van deze nadere regel is om voorschriften te stellen voor verpleging en verzorging over:
- registratie; en
- declaratiewijze.

3. Begripsbepalingen

In deze nadere regel wordt verstaan onder:
3.1 *Audit-trail:*
Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de NZa en de zorgverzekeraar kan worden gevolgd en gecontroleerd.
3.2 *Declaratie:*
Het in rekening brengen van de verrichte prestatie(s) door de zorgaanbieder aan de patiënt of de zorgverzekeraar.
3.3 *Onderlinge dienstverlening:*
De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van de zorg als bedoeld in artikel 1 Wmg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder op het gebied van verpleging en verzorging. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.
3.4 *Tarief:*
De prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, onder k, Wmg).
3.5 *Verpleging en verzorging:*
Verpleging en verzorging zoals omschreven in art. 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv):
'1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
    a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
    b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
    c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
    a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
    b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.'
3.6 *Zorgaanbieder:*
De natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.
3.7 *Algemeen Gegevens Beheer code (AGB-code):*
Unieke code die aan iedere zorgaanbieder wordt toegekend, waarmee deze kan worden geïdentificeerd.
3.8 *Uur directe zorgverlening:*
Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

3.9 *Beeldschermcommunicatie (zorg op afstand):*
Beeldschermcommunicatie is een vorm van zorg op afstand waarbij het patiëntcontact gericht is op het op afstand leveren van geïndiceerde zorg.
3.10 *Farmaceutische telezorg:*
Farmaceutische telezorg is het op afstand begeleiden van patiënten bij het gebruik van medicatie. Een dispenser reikt op het juiste moment de medicatie aan zodat de medicatie toegankelijk wordt voor de patiënt. De zorgaanbieder krijgt een signaal als de medicatie niet uit de dispenser wordt genomen. Op dat moment kan alsnog hulp worden verleend door de patiënt te bellen of te bezoeken.

REGISTREREN

4. Registratieverplichtingen

4.1 De registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
4.2 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

DECLAREREN

5. Declaratiebepalingen

5.1 De prestaties verpleging en verzorging als bedoeld in de ‘Beleidsregel Verpleging en verzorging’ en de prestatie in de ‘Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging’ worden niet eerder in rekening gebracht dan nadat de zorg geleverd is.
5.2 Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden.
5.3 De declaratie van de prestaties verpleging en verzorging vindt plaats op patiëntniveau. Dat houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden[1], het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het aantal te declareren eenheden bestaat uit het aantal uren directe zorgverlening.
5.4 In afwijking van artikel 5.3 vindt de declaratie van de prestaties, ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ en ‘ketenzorg dementie’ plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.
Voor deze prestaties geldt dat zij slechts in rekening mogen worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. De gecontracteerde zorgaanbieder van de prestaties ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ en ‘ketenzorg dementie’ declareert aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.
De prestatie ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ mag alleen worden gedeclareerd als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.
5.5 De declaratie van de prestatie ‘beloning op maat’ vindt plaats op patiëntniveau. De declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.
Deze prestatie mag slechts in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De prestatie ‘beloning op maat’ mag bovendien alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.
5.6 De declaratie van de prestatie ‘experiment bekostiging verpleging en verzorging’ vindt plaats op patiëntniveau. De declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.
Deze prestatie mag slechts in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Deze prestatie mag bovendien alleen in rekening worden gebracht met inachtneming van de overige voorwaarden, voorschriften en beperkingen die voor dit experiment gelden.
5.7 Bij inzet van beeldschermcommunicatie kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de

[1] Zie hiervoor Toelichting artikel 5.

directe contacttijd via de prestaties verpleging en verzorging, voor beeldschermcommunicatie een vergoeding declareren. Dit geldt alleen wanneer hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Hierbij gelden de volgende kaders: per aangesloten patiënt die via beeldscherm-communicatie geïndiceerde zorg op afstand geleverd krijgt, kan binnen de indicatie maximaal vier uur per maand tegen het afgesproken basistarief van verpleging of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. Deze uren ter vergoeding van beeldschermcommunicatie, niet zijnde de uren directe contacttijd, dienen apart inzichtelijk te zijn in de declaratie.

5.8 Bij inzet van farmaceutische telezorg kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de directe contacttijd via de prestaties verpleging en verzorging, voor de farmaceutische telezorg een vergoeding declareren. Dit geldt alleen wanneer hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Hierbij gelden de volgende kaders: per patiënt die farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan binnen de indicatie maximaal twee uur en dertig minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. De uren ter vergoeding van farmaceutische telezorg, niet zijnde de uren directe contacttijd, dienen apart inzichtelijk te zijn in de declaratie.

5.9 Voor de prestaties vermeld in artikel 4.1 van de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging' waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld, geldt een tariefeenheid van een uur.
Als sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Afronding vindt plaats per declaratieperiode. Als er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.
Voor de prestatie Advies, instructie en voorlichting (AIV) geldt daarnaast dat voor zover deze prestatie niet individueel aan een patiënt wordt geleverd maar aan een groep, de werkelijke behandeltijd naar evenredigheid wordt toegerekend aan de patiënten die deel uitmaken van de groep.

5.10 Als sprake is van onderlinge dienstverlening moet de zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie (vermeld in artikel 4.1 van de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging') bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

6. Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze nadere regel zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s), genoemd in de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging' en de 'Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging'.

7. Intrekking oude regel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze nadere regel wordt de 'Regeling Verpleging en verzorging', met kenmerk NR/CU-733, ingetrokken.

8. Overgangsregeling

De 'Regeling Verpleging en verzorging', met kenmerk NR/CU-733, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

9. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze nadere regel treedt in werking met ingang van 1 januari 2017. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze nadere regel in de Staatscourant worden geplaatst.

De nadere regel kan worden aangehaald als 'Nadere regel Verpleging en verzorging'.

De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Algemeen

Met de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zvw zijn de prestaties vanuit de AWBZ gecontinueerd en waar mogelijk samengevoegd. In 2016 zijn de prestaties beloning op maat en de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg toevoegd. Daarnaast is er een aparte beleidsregel opgesteld voor het experiment bekostiging verpleging en verzorging.

In 2017 worden de prestaties aangevuld met een nieuwe (reguliere) prestatie: ketenzorg dementie. Voorheen viel deze prestatie onder het experiment ketenzorg dementie.

De bepalingen specifiek voor verblijf of dagopvang bij intensieve kindzorg zijn per 2017 in deze nadere regel vervallen. Voor de bekostiging van deze zorg zijn nieuwe prestaties vastgesteld in de 'Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg'.

Wijkgericht werken is als aparte prestatie afgeschaft. De prestatie 'beloning op maat' biedt de ruimte voor het maken van afspraken in het kader van wijkgericht werken.

Artikelsgewijs

Artikel 1 Reikwijdte

De door de zorgaanbieders geleverde verpleging en verzorging waar deze nadere regel op toe ziet, betreft alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zvw valt.

Persoonsgebonden budget

De nadere regel is ook van toepassing wanneer een natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg verpleging en verzorging levert in het kader van een persoonsgebonden budget (pgb). Maar niet iedereen is zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Evenmin brengt elke zorgaanbieder tarieven in rekening. De categorieën (a) zorgverleners die wel zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar géén tarieven in rekening brengen en (b) zorgverleners die géén zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, vallen niet onder de werking van de prestatie- en tariefregulering van de nadere regel. Met de introductie van het pgb is dit meer naar voren gekomen. In de brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer van 20 oktober 2015[2] wordt op drie verschillende categorieën zorgverleners ingegaan:

'Zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen
Hierbij gaat het om zorgverleners die hun zorg beroeps- of bedrijfsmatig leveren en daarmee onder de definitie van artikel 1, onderdeel c, Wmg vallen. Als deze zorgaanbieders tarieven in rekening brengen bij verzekeraar of consument, dan vallen ze onder de reikwijdte van tarief- en prestatieregulering. Daarbij valt in ieder geval te denken aan zzp-ers en reguliere zorginstellingen.
Voor deze groep geldt dat alle eisen van de Wmg en de daaruit voortvloeiende regelgeving op hen van toepassing is. Dat betekent ook dat op hen het MBI van toepassing is.
Dit vloeit mede voort uit het feit dat de Zvw-pgb een restitutievariant binnen de Zvw is. Behalve met een pgb kan aan een verzekerde gecontracteerde verpleging en verzorging ook uit hoofde van een restitutieverzekering vergoed worden. Onderscheid maken tussen Zvw-pgb en een restitutieverzekering is derhalve niet passend.

Zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar geen tarieven in rekening brengen
Een deel van de zorgverleners valt wel onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, Wmg, maar doordat zij geen tarieven in rekening brengen, vallen zij buiten de bepalingen hierover. Het gaat daarbij om de zorgverleners die de zorg leveren op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde. De zorgverlener brengt geen tarief in rekening, maar ontvangt loon van de verzekerde. Dat is vergelijkbaar met zorgverleners die elders, bijvoorbeeld bij een instelling, in loondienst zijn. Ook zij ontvangen loon en vallen dus niet als individu onder de tarief- en prestatieregulering.
Doordat deze zorgverleners geen tarieven in rekening brengen zijn declaratieregelingen op grond van de tarief- en prestatiebepalingen niet op hen van toepassing. Dat betekent onder meer dat op deze groep het MBI niet van toepassing is.
Voor deze groep is nog wel relevant dat de Wmg in algemene zin eisen stelt aan zorgaanbieders. Niet

[2] Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 217.

alle eisen zijn echter toepasbaar op deze groep zorgverleners. (...)

Zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg
Zorgverleners die zorg verlenen rechtstreeks voortvloeiend uit een bestaande sociale relatie, vallen niet onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, Wmg.[3] Dat betekent dat deze zorgverleners niet onder de werking van de Wmg vallen en niet gehouden zijn aan de bepalingen die de Wmg ten aanzien van het verlenen van zorg stelt. Dat heeft onder meer tot gevolg dat de bepalingen over tarieven en prestaties niet op hen van toepassing zijn. Daarmee is ook het mbi niet op hen van toepassing. Ook eisen die de Wmg in algemene zin stelt aan zorgaanbieders zijn niet op deze groep van toepassing.'

Artikel 3.9 Uur directe zorgverlening

Een uur directe zorgverlening is gedefinieerd als de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

Onder directe zorgverlening wordt niet verstaan:
– activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf,
– administratie, management);
– coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers;
– preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (met uitzondering van AIV);
– fysiotherapie, ergotherapie;
– reistijd, bijscholing, stage en dergelijke.

Artikel 5 Algemeen

Verpleging en verzorging kan bijvoorbeeld worden gedeclareerd op basis van de methode 'zorgplan is realisatie'. Daarbij bestaat wel de eis dat het aannemelijk is dat de zorg daadwerkelijk geleverd is.

Artikel 5.2 AGB-code

Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden. AGB-codes worden op verschillende niveaus afgegeven. Zo zijn er AGB-codes voor zorginstellingen, maar bijvoorbeeld ook voor individuele zorgaanbieders. Voor de declaratie gaat het om de AGB-code op het hoogste aggregatieniveau. Het gaat dus om de AGB-code van de zorgaanbieder, zijnde een individu of een organisatie, die de prestaties voor verpleging en verzorging (niet zijnde onderlinge dienstverlening) declareert.

Artikel 5.9 Uurtarief naar evenredigheid bestede tijd

De tarieven voor zorg worden door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat wanneer men bijvoorbeeld zeventien minuten zorg levert, een volledig uur in rekening wordt gebracht. De afronding vindt plaats per declaratieperiode. Dit betekent dat er wordt afgerond op het moment dat de declaratie plaatsvindt en niet per zorgmoment.
Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Als er voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de nadere regel voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten worden gedeclareerd. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Artikel 5.7 en 5.8 Beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg

De declaratiebepalingen in artikel 5.7 en 5.8 maken het mogelijk voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg een maximaal aantal extra uren in rekening te brengen bovenop de daadwerkelijk geleverde uren directe contacttijd. Deze extra uren zijn bedoeld als een vergoeding voor extra kosten die gemaakt zijn in het kader van beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Ook zijn ze bedoeld om de met beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg behaalde doelmatig-

[3] De definitie van mantelzorger in artikel 1.1.1 Wlz wordt daarbij als uitgangspunt genomen, omdat die wet, anders dan de Wmg en de Zvw, een definitie geeft van het begrip mantelzorger. Omdat de NZa toezicht houdt op deze drie wetten, ligt het met het oog op consistentie voor de hand dat de definitie van mantelzorger uit de Wlz wordt gehanteerd.

heidswinst, ook ten voordele van de zorgaanbieder te laten komen, zodat de doelmatigheidswinst niet uitsluitend als een vermindering van omzet wordt ervaren.

Artikel 5.9

Rekenvoorbeeld voor de berekening van de te declareren tijd bij de toepassing van de prestatie AIV aan patiënten in een groep:
7 patiënten in een AIV sessie van een uur:
60 minuten gedeeld door 7 patiënten = 60/7= 8,57 minuut per patiënt.
Door af te ronden op 5 minuten mag er in dit geval 10 minuten per patiënt worden gedeclareerd.